



## AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI AGNONE

Via G. Verdi, 9 – 86081 AGNONE (IS)

Tel. 0865/77369 – Fax 0865/77369

[ambitoagnone@pec.it](mailto:ambitoagnone@pec.it)

[info@ambitoagnone.it](mailto:info@ambitoagnone.it)

[www.ambitoagnone.it](http://www.ambitoagnone.it)

## DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

=====

**Oggetto: Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (Art. 1, comma 255 della L. 205/2017 e D.G.R. n. 51 del 01/03/2024). Accertamento in entrata, assunzione impegno di spesa e approvazione Avviso Pubblico e relativi allegati.**

L'anno **duemilaventiquattro** addì **venti** del mese di **marzo**, nel Palazzo Municipale di Agnone in Via Verdi nr.9

### IL COORDINATORE DELL'UFFICIO DI PIANO

**Premesso che:**

- con Decreto sindacale **n. 1** del **02/01/2024** il Sindaco del Comune di Agnone ha affidato al Dr. Antonio Melone l'incarico di coordinatore dell'Ambito Territoriale di Agnone dal **01/01/2024** al **31/12/2024**;
- con D.G.R. **n. 144** del 27/05/2021 la Regione Molise ha approvato il Piano Sociale di Zona dell'Ambito Territoriale di Agnone (IS) fino al **31/12/2022**.
- con D.G.R. **n. 502** del 23/12/2022 la Regione Molise ha approvato la proroga del Piano Sociale Regionale 2020-2022 fino al **31 dicembre 2023** e ha stabilito, altresì, la continuità della

programmazione sociale così come approvata dagli Ambiti Territoriali Sociali nei rispettivi i Piani Sociali di Zona fino al **31 dicembre 2023**;

- con D.G.R. **n. 330** del 23/10/2023 la Regione Molise ha approvato la proroga del Piano Sociale Regionale 2020-2022 fino al **31 dicembre 2024** e ha stabilito, altresì, la continuità della programmazione sociale così come approvata dagli Ambiti Territoriali Sociali nei rispettivi i Piani Sociali di Zona fino al **31 dicembre 2024**;

**Premesso**, altresì, che:

- con deliberazione del Consiglio Comunale **n. 16** del 29/04/2023, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Documento Unico di Programmazione (DUP) relativo al periodo 2023/2025;
- con deliberazione del Consiglio Comunale **n. 17** del 29/04/2023, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il bilancio di previsione finanziario per il triennio 2023/2025;
- con deliberazione di Giunta Comunale **n. 120** del 30/05/2023, esecutiva ai sensi della legge, è stato approvato il Piano Esecutivo di Gestione (PEG) per il triennio 2023/2025;

**Considerato** che:

- il Comune di Agnone è capofila per la gestione dei servizi socio-assistenziali dell'Ambito Territoriale di Agnone e, a tale fine, è stato individuato un Ufficio di Piano con attribuzione delle risorse umane e finanziarie per la finalità di garantire l'esecuzione dei procedimenti amministrativi derivanti dall'attuazione della gestione associata dei servizi socio-assistenziali;
- i Comuni dell'Ambito Territoriale di Agnone hanno stipulato apposita convenzione volta a realizzare ed assicurare una gestione unitaria del sistema locale di interventi e servizi sociali, attraverso la condivisione di regole per l'organizzazione dei servizi e l'accesso degli utenti, la condivisione delle risorse economiche, professionali e strutturali, nonché delle procedure di gestione unitaria amministrativa e contabile, di monitoraggio e di rendicontazione;

**Richiamate:**

- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 1 del 21/01/2021 che ha approvato il Piano Sociale di Zona dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone 2020-2022 – Periodo di programmazione finanziata 2020-2022, che ha approvato il “Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano”, e che, altresì, ha disposto la proroga di tutte le attività in essere fino al 30 aprile 2021;
- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 2 del 21/01/2021 che ha approvato la Convenzione ex art. 30 del D.Lgs. n. 267/2000;
- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 3 del 21/01/2021 che ha approvato l'Accordo di programma ex art. 34 del D.Lgs. 267/2000;
- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 10 del 22/04/2021 avente ad oggetto: “Piano Sociale di Zona 2020-2022 - Presa d'atto della sottoscrizione dell'Accordo di programma ed ulteriori determinazioni”;
- la delibera del Comitato dei Sindaci n. 3 del 10/02/2022 di ricomposizione dell'Ufficio di Piano;
- la determinazione dirigenziale **n. 36** del 27/01/2023 di ricomposizione dell'Ufficio di Piano Annualità 2023;
- la vigente normativa in cui è stabilito che spetta ai Responsabili degli Uffici la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, compresa l'adozione di tutti gli atti che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno mediante autonomi poteri di spesa e la gestione delle risorse umane e strumentali, mentre riservano agli Organi di governo dell'Ente la definizione dei programmi, degli obiettivi, delle priorità e delle scelte, il controllo e la verifica dei risultati della gestione;

**Constatato** di aver assolto e di impegnarsi ad assolvere agli obblighi relativi alla trasparenza e alla pubblicazione dell'atto e delle informazioni in esso contenute, nel rispetto della normativa vigente;

**Viste** le deliberazioni del Comitato dei Sindaci, n. 2, 3, 4, 5, 6, 7, adottate nella riunione del 28 Novembre 2020, con cui si è proceduto rispettivamente a:

- a. prendere atto del PSR 2020-2022;
- b. riconfermare il Comune di Agnone quale Ente capofila per il prossimo PSZ 2020/2022;
- c. individuare l'accordo di programma ex art. 34 TUEL e la Convezione ex art. 30 TUEL, quali forme associative più efficienti tra quelle previste da D.Lgs. n. 267/2000 da preferire nella programmazione 2020/2022;
- d. definire la funzione associata di coordinamento con l'Ambito Territoriale Sociale di Venafro;
- e. confermare il Dr. Antonio Melone quale Coordinatore dell'ATS Agnone per il Programma 2020-2022;
- f. confermare, per la durata massima stabilita dalla normativa regionale, quale Presidente dell'ATS di Agnone (IS) il Sindaco p.t. del Comune di Agnone e quale Vice-Presidente dell'ATS di Agnone (IS), il Sindaco p.t. del Comune di Capracotta;

**Viste:**

- la legge regionale 6 maggio 2014, n. 13 “ Riordino del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”;
- il Piano Sociale Regionale per il triennio 2020/2022, in attuazione della legge regionale n.13 del 6 maggio 2014, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n.238 del 06-10-2020, pubblicata sul BURM n.74 del 31/10/2020;
- il DPCM 21 novembre 2019 che adotta il Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2019-2021;

**Richiamato** il Programma regionale per la non autosufficienza “FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio” ed il Disciplinare per la realizzazione Programma regionale per la non autosufficienza “FNA 2019-2021 – Interventi rivolti a persone con disabilità grave e gravissima assistite a domicilio”, approvato con deliberazione della Giunta Regionale del 6 marzo 2020, n.79;

**Visti:**

- la legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2020” e, in particolare l'art. 1, comma 254, che istituisce il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare;
- il DPCM del 28 dicembre 2021, pubblicato sulla GU n.88 del 14 aprile 2022, con il quale sono state assegnate alla Regione Molise le risorse del fondo 2021 pari ad € 150.489,87 ed approvati i relativi criteri di utilizzo del suddetto fondo; tali risorse saranno trasferite alle Regioni su specifica richiesta con l'indicazione degli indirizzi di programmazione per l'attuazione degli interventi previsti dal suddetto fondo;

**Richiamata** la Delibera di Giunta regionale n.325 del 30/09/2022 con la quale si è provveduto ad approvare gli Indirizzi operativi sull'utilizzo del fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DPCM 27 ottobre 2020), stabilendo di ripartire le risorse agli Ambiti Territoriali Sociali per dare continuità con quanto approvato con la precedente programmazione del fondo, per interventi in favore dei caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, in possesso dei requisiti di cui alla programmazione FNA vigente, attraverso l'erogazione di un contributo economico dell'importo mensile di € 400,00;

**Visto** il decreto del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, del 17 ottobre 2022 recante “Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per l'anno 2022” e relativi allegati, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale n. 301 del 27 dicembre 2022, che assegna alla Regione Molise risorse pari ad € 161.524,83 previa trasmissione di idonea programmazione di interventi in favore dei destinatari previsti dall'art. 1, comma 255 della legge n.205/2017;

**Richiamata** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 51 del 01/03/2023 avente ad oggetto: “FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE. APPROVAZIONE LINEE DI PROGRAMMAZIONE 2022” e il relativo allegato “INDIRIZZI OPERATIVI SULL’UTILIZZO DEL FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER (Art.1, comma 255 della L. 205/2017). ANNO 2022” mediante la quale si proponeva alla Giunta Regionale, tra l’altro:

*1. di approvare l’allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante “linee di programmazione sull’utilizzo del fondo 2022 per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” (DM del 17 ottobre 2022);*

*2. di stabilire che le risorse legate al Fondo 2022 sono da utilizzare in favore dei caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall’art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, attraverso l’erogazione di un contributo economico dell’importo mensile di € 400,00, ripartendo il fondo agli Ambiti Territoriali Sociali, ai quale è demandata, ai sensi del suddetto decreto, la gestione degli interventi;*

**Precisato** che, i destinatari degli interventi sono i caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall’art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall’art. 3, del medesimo decreto. Potranno inoltrare l’istanza i caregiver di disabili gravissimi residenti in Molise. La documentazione da allegare nonché le procedure di accertamento della condizione di disabilità gravissima, sono quella prevista dal disciplinare approvato con delibera di Giunta Regionale n. 79/2020 e s.m. e int.

L’intervento consiste nell’erogazione di un contributo economico mensile (sotto forma di assegno di cura) di € 400,00 in favore del caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall’art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali. Il contributo economico è incompatibile:

- con altri interventi monetari erogati dagli ATS in favore delle disabilità (dopo di noi, vita indipendente);
- il contributo verrà erogato previa verifica dei requisiti necessari per l’erogazione del beneficio quali la condizione in vita dell’assistito/a e che lo stesso non è stato/a ricoverato/a nella struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giornate;
- nei casi in cui le persone disabili sono assistite in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali.

[...] (Cfr. allegato alla D.G.R. n. 51/2023)

**Vista e Richiamata** la Determinazione Dirigenziale n. 6249 del 22/12/2023 avente ad oggetto: “DGR 51/2023. RISORSE FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PERL’ANNO 2022 DI CUI AL DPCM 17.10.2022. IMPGNO DI SPESA A FAVORE DEGLI ATS”, mediante la quale la quale si è disposto, tra l’altro,

*di approvare il riparto delle somme trasferite pari ad € 161.524,83, assegnate alla Regione Molise con DPCM 17 ottobre 2022 a valere sulle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare 2022, a favore degli ATS regionali come da tabella di riparto che segue:*

ATS	Abitanti al 31-12-2017	importo assegnato Dpcm 17.10.2022
Agnone	11.596	6.043,92 €
Campobasso	82.013	42.745,80 €
Isernia	46.090	24.022,46 €
Larino	27.869	14.525,53 €
Riccia-Boiano	40.778	21.253,80 €
Termoli	72.596	37.837,58 €
Venafro	28.963	15.095,73 €
totale popolazione	309.905	161.524,83 €

**Richiamata** la Determinazione Dirigenziale n. 708 del 08/02/2024 avente ad oggetto: “DGR 51/2023 - RISORSE FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PERL'ANNO 2022 DI CUI AL DPCM 17.10.2022. LIQUIDAZIONE A FAVORE DEGLI ATS” mediante la quale, tra l’altro, si è disposto di liquidare a favore degli ATS regionali, come da tabella ivi riportata, l’importo assegnato alla Regione Molise con DPCM 17 ottobre 2022 a valere sulle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare” 2022;

**Rilevato** che la somma destinata all’Ambito Territoriale Sociale di Agnone è pari a € 6.043,92;

**Ritenuto necessario** accertare e impegnare la somma complessiva di € 6.043,92;

**Ritenuto di:**

- approvare lo schema di Avviso Pubblico “*Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare*” annualità 2022 ed i relativi allegati;
- di fissare il termine per la presentazione delle domande a far data dal giorno successivo alla pubblicazione dell’Avviso Pubblico sull’Albo Pretorio del comune capofila dell’ATS di Agnone (IS) e per i successivi 30 giorni;
- pubblicare l’Avviso sul sito del Comune capofila: [www.comune.agnone.is.it](http://www.comune.agnone.is.it) e sul sito web dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) [www.ambitoagnone.it](http://www.ambitoagnone.it);

**Precisato** che la priorità di accesso in ordine all’ammissibilità al contributo in parola è data nell’ordine:

- a) **idonei non beneficiari del Programma FNA 2020:** coloro cioè che hanno presentato domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza concorrendo per l’assegno di cura, sono risultati idonei nella graduatoria, ma non hanno potuto beneficiare dell’assegno di cura per mancanza di risorse ordinati comunque secondo il punteggio della scheda SVAMA allora redatta;
  - b) **coloro che non hanno presentato domanda per il Programma FNA 2020;**
  - c) **idonei beneficiari del SAD nel Programma FNA 2020;**
- il tutto come disposto dall’art. 8 dell’Avviso

**Visti** gli artt. 107 e 183 del D. Lgs. 267/2000, in materia di "Impegno di spesa";

**Attestata** la regolarità tecnica della presente determinazione, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone l’art. 147 bis, comma 1, del D.Lgs. 267/2000;

**Richiamati:**

- lo Statuto del Comune in vigore;
- il decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267 “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli Enti locali” e ss.mm.ii.;

- il D.Lgs. 118/2011, che prevede un nuovo principio di competenza finanziaria in base alla quale tutte le obbligazioni giuridicamente perfezionate, attive e passive, che daranno luogo ad entrate e spese per l'Ente, dovranno essere registrate nelle scritture contabili quando l'obbligazione viene a scadenza;

- l'articolo 9, comma 1, lettera a), numero 2, del decreto legge 11luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, secondo il quale il programma dei pagamenti conseguenti all'assunzione degli impegni di spesa del presente provvedimento è compatibile con i relativi stanziamenti di bilancio e con le regole di finanza pubblica.”

- il vigente Accordo di Programma ex art. 34 del T.U.E.L. n. 267/2000 per la gestione associata del PSZ di Agnone.

- l'articolo 9, comma 1, lettera a), numero 2, del decreto legge 11luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, secondo il quale il programma dei pagamenti conseguenti all'assunzione degli impegni di spesa del presente provvedimento è compatibile con i relativi stanziamenti di bilancio e con le regole di finanza pubblica.”

**Dato atto che:**

- il programma dei conseguenti pagamenti è compatibile con i relativi stanziamenti di bilancio con le regole di finanza pubblica, ai sensi dell'art. 9, comma 1, lettera a), punto 2, D.L. 78/2009, convertito in Legge n. 102/2009;
- la presente determina è assunta nel rispetto dell'art. 147-bis del D.Lgs 267/2000 (così come introdotto dal D.L. 174/2012) per quanto attiene alla regolarità e alla correttezza dell'azione amministrativa;

**Constatato** di aver assolto e di impegnarsi ad assolvere agli obblighi relativi alla trasparenza e alla pubblicazione dell'atto e delle informazioni in esso contenute, nel rispetto della normativa vigente;

**Tenuto conto di:**

1. essere legittimato a emanare l'atto;
2. non incorrere in alcune delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al codice di comportamento e alla normativa vigente;
3. non trovarsi in conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, con riferimento alla normativa vigente, in particolar modo con quella relativa alla prevenzione della corruzione;
4. aver assolto e di impegnarsi ad assolvere agli obblighi relativi alla trasparenza e alla pubblicazione dell'atto e delle informazioni in esso contenute, nel rispetto della normativa vigente;

**Accertato** che:

- ai sensi dell'art. 163 c.5 del TUEL, la spesa di che trattasi non soggiace alla limitazione di impegno in quanto trattasi di spese, per servizi essenziali rivolti ad utenza svantaggiata, a carattere continuativo, necessarie per garantire il mantenimento del livello qualitativo e quantitativo dei servizi esistenti, impegnate a seguito della scadenza dei relativi contratti;

- ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera a), numero 2, del decreto legge 11luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, il programma dei pagamenti conseguenti all'assunzione degli impegni di spesa del presente provvedimento, è compatibile con i relativi stanziamenti di bilancio e con le regole di finanza pubblica.”;

**Rilevata** esserci la necessaria copertura finanziaria, previo verifica con il responsabile dell'Ufficio Finanziario;

**DETERMINA**

Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

1. **Di dare atto**, in riferimento al *Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare*” annualità 2022 di quanto disposto dalla Regione Molise con i seguenti atti:

✓ D.G.R. n. 51 del 01.03.2023;

✓ D.D. n. 6249 del 22.12.2023.

2. **Di dare atto** che la somma destinata all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone è pari a € 6.043,92;
3. **Di dare atto** che:
  - la priorità nell'erogazione del contributo deve essere accordata a coloro i quali, pur avendo presentato domanda per il Programma FNA 2020, sono stati collocati in graduatoria ma non hanno potuto beneficiare dell'assegno di cura per mancanza di risorse e risultano attualmente in vita;
  - il beneficio non è retroattivo;
4. **Di accertare** sul capitolo 2046 la somma di € 6.043,92 (accertamento n. 11 del 19/03/2024);
5. **Di impegnare** le risorse finanziarie pari a € 6.043,92 sul cap. 2015;
6. **Di approvare** lo schema di Avviso pubblico ed i relativi allegati di domanda di ammissione al beneficio per la selezione dei potenziali beneficiari del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare Annualità 2022, nonché gli allegati tutti che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
7. **Di stabilire** che le domande di ammissione al suddetto programma dovranno pervenire secondo le modalità prescritte dall'art. 7 dell'Avviso **entro e non oltre le ore 12:00** del 30° giorno dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso pubblicato all'albo pretorio del comune di Agnone – Comune Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone;
8. **Di rendere noto** che il Responsabile Unico del Progetto, ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs. n. 36/2023 è il coordinatore Dr. Antonio Melone per il quale non sussiste alcun conflitto di interessi in merito alla fattispecie in argomento ai sensi dell'art. 6 bis della legge n. 241/90 e s.m.i., dell'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013;
9. **Di dare atto** che il presente provvedimento è rilevante ai fini dell'amministrazione trasparente di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
10. **Di trasmettere** il provvedimento:
  - all'Ufficio Segreteria per l'inserimento nella raccolta generale;
  - all'Ufficio Ragioneria per il controllo contabile e l'attestazione della copertura finanziaria della spesa;
  - alla Regione Molise;
11. **Di pubblicare** il presente provvedimento unitamente allo schema di Avviso con i relativi allegati all'Albo Pretorio on line del Comune di Agnone;
12. **Di pubblicare** l'Avviso Pubblico all'Albo Pretorio on line del Comune di Agnone (IS), sul sito istituzionale del Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) [www.comune.agnone.is.it](http://www.comune.agnone.is.it) e sul sito web dell'ATS di Agnone (IS) [www.ambitoagnone.it](http://www.ambitoagnone.it).

**Il Responsabile e Coordinatore ATS Agnone  
f.to Dr. Antonio Melone**

**VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE**

Il Responsabile del Servizio finanziario in ordine alla regolarità contabile del presente provvedimento, ai sensi dell'articolo 147-bis, comma 1, del d.Lgs. n. 267/2000 e del relativo Regolamento comunale sui controlli interni, comportando lo stesso riflessi diretti o indiretti sulla situazione economico-finanziaria o sul patrimonio dell'ente, osservato rilascia: PARERE FAVOREVOLE

Il Responsabile del servizio finanziario  
*f.to Dr.ssa ORLANDO Lina*

**ATTESTAZIONE DELLA COPERTURA FINANZIARIA DELLA SPESA**

Si attesta, ai sensi dell'art. 153, comma 5, del D.Lgs. n. 267/2000, la copertura finanziaria della spesa in relazione alle disponibilità effettive esistenti negli stanziamenti di spesa e/o in relazione allo stato di realizzazione degli accertamenti di entrata vincolata, mediante l'assunzione dei seguenti impegni contabili, regolarmente registrati ai sensi dell'art. 191, comma 1, del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267:

<b>Impegno</b>	<b>Data</b>	<b>Importo</b>	<b>Intervento/Capitolo</b>	<b>Esercizio</b>
N. 325	19/03/2024	€ 6.043,92	2015	2024

Il Responsabile del servizio finanziario  
*f.to Dr.ssa ORLANDO Lina*

Con l'attestazione della copertura finanziaria di cui sopra il presente provvedimento è esecutivo, ai sensi dell'art. 151, comma 4, del d.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267.






# ***Ambito Territoriale Sociale di Agnone***

***- Ufficio di Piano -***

 Piazza Dante Alighieri 51 - 86081 AGNONE (IS)

 0865/77369

 [www.ambitoagnone.it](http://www.ambitoagnone.it)

e-mail: [info@ambitoagnone.it](mailto:info@ambitoagnone.it)  
PEC: [ambitoagnone@pec.it](mailto:ambitoagnone@pec.it)

## **AVVISO PUBBLICO**

**OGGETTO: “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”. ANNO 2022.**

### **Premessa**

L'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) emana il presente Avviso Pubblico in coerenza e attuazione della *Deliberazione di Giunta Regionale n. 51 del 1 marzo 2023 e delle “linee di programmazione sull'utilizzo del fondo 2022 del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare”* (D.M. del 17 ottobre 2022).

### **Art. 1 - Durata**

Il Programma ha la durata di mesi 6 (sei), decorrenti dall'approvazione delle graduatorie dei beneficiari.

### **Art. 2 - Finalità**

Il fondo istituito con Legge 205/17 ha l'obiettivo di dare sostegno e sollievo al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare, inteso come colui che *“assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n.76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati all'art.33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente o in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n.18”*.

### **Art. 3 - Destinatari**

I destinatari degli interventi sono i caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280) e come meglio precisato nella deliberazione di Giunta della Regione Molise n. 51/2023.

## POSSONO PRESENTARE DOMANDA I DISABILI GRAVISSIMI, OSSIA:

- **persone, adulti residenti in uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) in condizioni di dipendenza vitale che necessitano a domicilio di assistenza continuativa e monitoraggio di carattere socio-sanitario nelle 24 ore, 7 giorni su 7, per bisogni assistenziali complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche.**

Rientrano in tale categoria le persone che beneficiano **dell'indennità di accompagnamento**, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite Non Autosufficienti ai sensi dell'Allegato 3 nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013, per le quali si sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$  (All. n. 3);
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza ivi incluse quelle affette dal morbo di Alzheimer con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$  (All. n. 4);
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) (All. n. 5) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC) (All. n. 6), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$  (All. n. 7), o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod (All. n. 8) e persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e da Atrofia Muscolare Spinale (SMA);
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$  (All. n. 9);
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche (All. n. 10).

**L'ammissibilità della domanda è condizionata, inoltre, ad un valore ISEE uguale o inferiore ad euro cinquantamila (€ 50.000,00); tale valore soglia è innalzato ad euro sessantacinquemila (€ 65.000,00) in caso di minori. Il valore ISEE da utilizzare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria (art. 6 del DPCM 159/2013) riferito al disabile che si assiste.**

### Art. 4 – Tipo di intervento

L'intervento consiste nell'erogazione di un contributo economico (sotto forma di assegno di cura) di € 400,00 mensili per un numero massimo di 6 mensilità da erogarsi su presentazione di istanza da parte del disabile (o, in caso di incapacità, da parte della persona che ne tutela e cura gli interessi o del suo care giver).

### **Art. 5- Incompatibilità del contributo economico**

Il contributo economico *de quo*, è incompatibile:

- con altri interventi monetari erogati dagli ATS in favore delle disabilità (“*dopo di noi*”, “*vita indipendente*”);
- nei casi in cui le persone disabili siano assistite in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali: qualora l’assistito venga ricoverato durante l’erogazione del contributo, si procederà alla sospensione del contributo dopo il trentesimo giorno (30) di ricovero e si provvederà al ripristino al momento del ritorno a casa.

### **Art. 6 - Modalità di presentazione della domanda**

L’istanza di ammissione al beneficio deve essere redatta utilizzando esclusivamente, gli appositi modelli:

1. i caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima che HANNO presentato domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020 – RICHIEDENTE MODELLO 1 (allegato n. 1);
2. i caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima che NON HANNO presentato domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020 – RICHIEDENTE MODELLO 2 (allegato n. 2)

Tali modelli sono disponibili presso gli Uffici di Cittadinanza dei Comuni facenti parte dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS), nonché scaricabili dal sito istituzionale del Comune capofila dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS): [www.comune.agnone.is.it](http://www.comune.agnone.is.it), sul sito dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS): [www.ambitoagnone.it](http://www.ambitoagnone.it) e dai siti istituzionali dei Comuni afferenti l’ATS.

**La domanda dovrà essere inviata all’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) in una delle seguenti modalità:**

- **inoltrata a mezzo raccomandata A/R** utilizzando una busta chiusa che riporti la seguente dicitura: “*domanda di ammissione al Programma attuativo FNA 2022-2024 - Annualità 2022*” (non farà fede il timbro postale ma la data di ricevimento a pena di inammissibilità), **all’indirizzo: “Ufficio di Piano – ATS Agnone - Largo Dante Alighieri, n. 51 – 86081 Agnone (IS)”**;
- **inoltrata a mezzo PEC** dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) al seguente indirizzo: [ambitoagnone@pec.it](mailto:ambitoagnone@pec.it);
- **consegnata a mano all’Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) o per il tramite degli sportelli di cittadinanza del Comune di residenza del beneficiario**, Comuni comunque facenti parte dell’Ambito Territoriale Sociale di Agnone di seguito riportati: Agnone, Belmonte del Sannio, Capracotta, Carovilli, Castel del Giudice, Castelverrino, Pescopennataro, Pietrabbondante, Poggio Sannita, San Pietro Avellana, Sant’Angelo del Pesco, Vastogirardi.

**Nel caso della consegna a mano farà fede il numero di protocollo in entrata.**

**La domanda deve pervenire entro e non oltre le ore 12,00 del 30° giorno dal giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso all’albo pretorio del Comune di Agnone (IS).**

**Alla domanda dovranno essere allegati:**

Nel caso di:

- 1) caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima RICHIEDENTE MODELLO 1 e che, quindi, HANNO presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020:
  - copia documento d'identità in corso di validità del paziente;
  - copia documento d'identità in corso di validità del suo care giver;
  
- 2) caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima RICHIEDENTE MODELLO 2 e che, quindi, NON HANNO presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020:
  - **copia documento di identità** in corso di validità del paziente/assistito e del suo care giver;
  - **copia del Verbale della Commissione medica** di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
  - **Scala di valutazione** per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d) e) ed h), tutte debitamente firmate, datate (la data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore.  
Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata);
  - **Certificazione ISEE socio-sanitario** in corso di validità (L'ammissibilità è condizionata ad un valore ISEE inferiore ad € 50.000,00, accresciuta ad € 65.000,00 in caso di beneficiari minorenni); riferito al disabile gravissimo.
  - **Certificazione per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g) ed i) attestante la gravità della patologia di appartenenza.** Per la patologia di cui alla lett. i) la valutazione dovrà tenere conto dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto interministeriale del 26 settembre 2016; dette certificazioni dovranno essere effettuate dal MMG con specifica attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

N.B. Coloro che hanno presentato istanza al Programma Regionale per la Non Autosufficienza FNA 2022 - per la categoria "disabili gravissimi" non dovranno allegare la suindicata documentazione sanitaria in quanto verrà acquisita d'ufficio dal servizio sociale professionale dell'ATS di Agnone;

#### **Art. 6 Motivi di esclusione**

Sono escluse dal Programma in parola le domande:

- 1) le cui persone indicate quali "disabili gravissimi" non abbiano i requisiti di accesso di cui all'art. 3;
- 2) che presentano un persone ISEE socio-sanitario di importo superiore ad € 50.000,00 ovvero € 65.000,00 nel caso di minori;
- 3) le cui persone indicate quali disabili gravissimi sono assistite in regime residenziale presso strutture sanitarie, sociosanitarie ed assistenziali.

**N.B. Le istanze che hanno vizi formali, ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche non conformi all'Avviso o che sia antecedenti di mesi 6 dalla scadenze di esso, scale di valutazione incongrue e/o non sufficienti, ecc.), sono trattate sulla base delle regole del soccorso istruttorio.**

#### **Art 7 - Istruttoria e procedura di ammissione**

Al termine delle verifiche di irricevibilità delle domande pervenute, si procederà nel seguente modo:

L'ATS, per il tramite del proprio Ufficio di Piano, coadiuvato in ciò dal medico selezionato e contrattualizzato dallo stesso ATS;

- stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare sulla base delle indicazioni regionali (limitatamente ai nuovi casi e solo se gli stessi non siano già conosciuti dai servizi territoriali).
- entro 15 dalla scadenza dell'avviso pubblico provvederà a trattare le domande che hanno vizi formali sulla base delle regole del soccorso istruttorio, ad eccezione di quelle che presentano carenze di carattere sanitario (certificazioni mediche, scale di valutazione, punteggi, ISEE etc.);
- per i soli aspetti di carattere sanitario, al fine di esaminare la documentazione presentata e disporre o meno l'ammissione definitiva dei richiedenti alla procedura, l'ATS si avvarrà di apposita Commissione Tecnica composta dal Dirigente/Responsabile del servizio, dall'Assistente sociale responsabile del programma e da un consulente medico esperto dell'ATS e/o del Distretto Sanitario;
- stabilisce quali, tra i pazienti che hanno inoltrato istanza, necessitano di visita domiciliare sulla base delle indicazioni regionali (limitatamente ai nuovi casi e solo se gli stessi non siano già conosciuti dai servizi territoriali e la cui documentazione in possesso al Distretto Sanitario non sia antecedente di mesi 6 dalla data di scadenza del presente avviso);
- trasmette le istanze al Distretto Sanitario per la valutazione e compilazione mediante gli strumenti indicati dalla Regione, ossia SVAMA e SVAMA SEMPLIFICATA (per le persone anziane) e SVAMDI (per le persone disabili);
- Al termine delle valutazioni socio-sanitarie mediante l'utilizzo delle schede di cui sopra, sarà convocata, presso il Distretto Sanitario di riferimento, l'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), che definisce il Piano Assistenziale Individuale (PAI);
- A seguito della predisposizione del Piano Assistenziale Individuale e del punteggio emerso in UVM della SVAMA semplificata e della SVAMDI (il cui punteggio sarà sviluppato da un apposito algoritmo) per ciascun beneficiario, verranno approvate con specifico provvedimento le graduatorie di merito riferibili alle tipologie di beneficiari ed ai servizi/interventi richiesti.

**A parità di punteggio delle schede di valutazione utilizzate (SVAMA SEMPLIFICATA o SVAMDI), avranno accesso ai benefici previsti dal Programma prioritariamente gli utenti con valore ISEE socio-sanitario inferiore.**

In caso di ulteriore parità verrà ammesso l'utente il cui nucleo familiare risulti in condizione di maggiore fragilità sulla base delle valutazioni espresse dall'assistente sociale mediante compilazione della scheda di rilevazione fragilità allegata al presente Disciplinare **allegato sub 2**).

#### **Art. 8 - Priorità di accesso**

La Priorità di accesso in ordine all'ammissibilità al contributo in parola è data nell'ordine:

- a) **idonei non beneficiari del Programma FNA 2020**: coloro cioè che hanno presentato domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza concorrendo per l'assegnazione di cura, sono risultati idonei nella graduatoria, ma non hanno potuto beneficiare dell'assegnazione di cura per mancanza di risorse ordinati comunque secondo il punteggio della scheda SVAMA allora redatta;
- b) **coloro che non hanno presentato domanda per il Programma FNA 2020**;
- c) **idonei beneficiari del SAD nel Programma FNA 2020**;

**All'interno di ciascuna categoria, a parità di punteggio SVAMdi, verrà data priorità all'istanza con ISEE sociosanitario della persona assistita di importo inferiore;**

### **Art. 9 Procedura per l'erogazione dei benefici**

L'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS) provvederà alla liquidazione in favore caregiver del contributo spettante, solo dopo l'erogazione delle somme da parte della Regione Molise e subordinatamente alla verifica della condizione in vita dell'assistito/a e che lo stesso non è stato/a ricoverato/a nella struttura ospedaliera, extraospedaliera o struttura socio sanitaria, assistenziale o riabilitativa, per un periodo continuativo superiore a trenta giorni.

### **Art. 10 Rinvio**

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente Avviso si rinvia a quanto disciplinato:

- nel Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare (Art.1, comma 255 della L. 205/2017);
- nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 51/2023 ss.mm.ii.;
- nel Programma Attuativo "FNA 2022"
- nella circolare n. 4/2022 della Regione Molise trasmessa agli Ambiti Territoriali con prot. n. 26795 del 14/02/2022;
- nella circolare n. 4bis/2022 della Regione Molise trasmessa agli Ambiti Territoriali con prot. n. 35648 del 25/02/2022.

### **Art. 11 Trattamento dati**

I dati personali, conferiti ai fini dell'ammissione ai Servizi ed alle azioni di cui al presente Avviso, saranno raccolti e trattati, nell'ambito del relativo procedimento amministrativo, nel rispetto del nuovo Regolamento UE n. 679/2016 sulla protezione dei dati personali.

### **Art. 12 Informazioni**

Sarà possibile rivolgersi per qualsiasi informazione e supporto ai Servizi Sociali del proprio Comune di residenza c/o gli Uffici dell'Ambito Territoriale Sociale Agnone (IS), siti in Agnone (IS) in Largo Dante Alighieri, n. 51 oppure contattare il seguente recapito telefonico:

Tel/fax: 0865/77369 – e-mail: [info@ambitoagnone.it](mailto:info@ambitoagnone.it) .

Gli orari di ricevimento sono i seguenti:

- Dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.30.

Data \_\_\_\_\_

**Il Coordinatore e Responsabile dell'Ufficio di Piano**  
**Dr. Antonio MELONE**

## **ALLEGATI:**

### **Per l'utente:**

modelli di domanda:

- Allegato n. 1: RICHIEDENTE MODELLO 1 - Modello di domanda per coloro che HANNO presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020;
- Allegato n. 2: RICHIEDENTE MODELLO 2 - Modello di domanda per coloro che NON HANNO presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza - FNA 2020.

### **Per il Medico Specialista e/o il Medico di Medicina Generale:**

- Allegato n. 3
- Modello scala Glasgow Coma Scale (GCS);
- Modello scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS);
- Modello scala ASIA Impairment Scale (AIS);
- Modello scala Medical Research Council (MRC);
- Modello scala Expanded Disability Status Scale (EDSS);
- Modello scala di Hoehn e Yahr mod;
- Modello scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER);
- Certificazione di valutazione condizione patologica di cui alla lettera i).

### **Per l'Unità di Valutazione Multidimensionale:**

- Allegato n. 4 Scheda SVaMDi
- Allegato n. 5: Scheda di rilevazione fragilità (da compilare a cure dell'Assistente Sociale).

# Allegato N. 1 – RICEDENTE MODELLO 1



## Ambito Territoriale Sociale di Agnone

- Ufficio di Piano -

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL**  
**“FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE”**  
**ANNO 2022.**

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di:

Beneficiario diretto

oppure:

(barrare la voce che ricorre)

Familiare (*care giver*)

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
cognome nome  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di essere ammesso al “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” in attuazione della DGR n. 51/2023.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

1) Che il sig./sig.ra \_\_\_\_\_, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

*(a pena di esclusione: barrare una sola casella)*

a. persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento



- b.** persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
  - c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
  - d.** persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
  - e.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
  - f.** persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
  - g.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
  - h.** persona con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
  - i.** persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;
- 2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali: \_\_\_\_\_

**All'uopo richiede**

- contributo economico per il *care giver* dell'importo di € 400,00 mensili.

**DICHIARA ALTRESI'**

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone (IS), di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone (IS), per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e

- che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone (IS), per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

Modalità di erogazione del contributo spettanti nel caso di accoglimento della domanda:

accredito in c/c intestato a proprio nome \_\_\_\_\_

indicare eventuale cointestatario \_\_\_\_\_

bancario IBAN \_\_\_\_\_

postale IBAN \_\_\_\_\_

**SI ALLEGANO  
(a pena di esclusione)**

- copia documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;
- copia del verbale della commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;
- scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).
- certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.
- copia dell'attestazione ISEE in corso di validità (ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'Ambito Territoriale Sociale (denominato di seguito ATS) è tenuto.

### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è costituito da ciascuno dei Comuni aderenti all'ATS di Agnone (in ragione della residenza dell'interessato istante), che possono delegare al Comune capofila (Comune di Agnone) la gestione dei servizi previsti dal Piano di zona in ambito socio-sanitario e assistenziale.

### Responsabile del trattamento

Il Responsabile del trattamento (la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento ex art 4 p.8 GDPR 2016/679) è l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, nella persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati del comune capofila (Comune di Agnone) dell'ATS di Agnone è il dottor Guido Savelli con studio in Isernia email: [privacyitalia@gmail.com](mailto:privacyitalia@gmail.com)

### Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio di cui al Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare – Anno 2022. (Annualità 2022) come da Deliberazione di G.R. n. 51/2023.

### Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in modalità telematica e/o cartacea, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679, con la predisposizione di misure organizzative e tecniche poste in essere dall'ATS a garanzia della riservatezza e della sicurezza dei dati degli interessati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, ad eccezione delle comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti in forza di adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### Categorie di dati personali (dati comuni e dati particolari ex art.9 GDPR 2016/679)

Oltre ai dati comuni presenti nelle domande (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza e dati di contatto), Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" (ex art. 9 del Regolamento UE n. 2016/679) e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali ultime categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di operazioni di trattamento dei Suoi dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali)
- f)

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare del trattamento o all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec [ambitoagnone@pec.it](mailto:ambitoagnone@pec.it).

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto e ben compreso l'informativa che precede.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati", relativo alla finalità di concessione del beneficio di cui al Fondo per il sostegno del ruolo di cura del caregiver familiare – Anno 2022. (Annualità 2022) come da Deliberazione di G.R. n. 51/2023.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**N.B. Si precisa che l'espressione del consenso è condizione di procedibilità della domanda**

**Allegato N. 2 – RICEDENTE MODELLO 2**



***Ambito Territoriale Sociale di Agnone***

***- Ufficio di Piano -***

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL  
“FONDO PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DEL  
CAREGIVER FAMILIARE” ANNUALITA’ 2022**

Per coloro che **NON HANNO** presentato precedentemente domanda per il Programma Regionale per la Non Autosufficienza FNA - Annualità 2020

Il /la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Contatto telefonico. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**in qualità di**

beneficiario diretto

oppure (*barrare voce che ricorre*)

Care Giver

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

di cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Archivio N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di essere ammesso al “Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare” in attuazione della DGR n. 51/2023.

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

1) Che il sig./sig.ra \_\_\_\_\_, titolare di indennità di accompagnamento (Legge n. 18/1980), si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità severa rientrante in una delle seguenti patologie:

*(a pena di esclusione: barrare una sola casella)*

- a.** persona in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS)  $\leq 10$ ;
- b.** persona dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c.** persona con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS)  $\geq 4$ ;
- d.** persona con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e.** persona con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo  $\leq 1$  ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS)  $\geq 9$ , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f.** persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell’occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall’epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell’orecchio migliore;
- g.** persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h.** persona con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con  $QI \leq 34$  e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER)  $\leq 8$ ;
- i.** persona in condizione di dipendenza vitale che necessita di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi

condizioni psico-fisiche, valutate secondo l'all. 2 del Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016;

2) che il nucleo familiare del beneficiario è così composto:

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			

3) di usufruire di altre prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie quali:

\_\_\_\_\_

#### All'uopo richiede

contributo economico per il *care giver* dell'importo di € 400,00 mensili.

#### DICHIARA ALTRESI'

- a) di impegnarsi, a seguito di inserimento nel Programma, a dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, di eventuali ricoveri, superiori a gg. 30 consecutivi, in strutture ospedaliere, extra ospedaliere o socio-sanitarie, assistenziali o riabilitative;
- b) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, per il tramite dell'Ufficio di Piano, ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro di non veridicità di quanto dichiarato comporterà la decadenza dal beneficio ottenuto e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti;
- c) di essere a conoscenza che l'ATS di Agnone, per il tramite dell'Ufficio di Piano e/o dell'assistente sociale che ha in carico il caso, si riserva di chiedere in qualsiasi momento integrazioni alla presente domanda.

#### SI ALLEGANO (a pena di esclusione)

copia documento d'identità in corso di validità del paziente e del suo *care giver*;

copia del verbale della commissione medica di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18 dell'11/02/1980;

scala di valutazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: a), c), d), e) e h) debitamente firmata, datata (la cui data non potrà essere antecedente a mesi 6 dalla pubblicazione del presente avviso) e con l'apposizione del timbro del medico certificatore. Dette scale, i cui modelli sono allegati al presente Avviso, dovranno essere compilate dal Medico di Medicina Generale sulla base della documentazione specialistica in possesso del paziente ovvero dal Medico specialista del SSN (operante presso struttura pubblica o accreditata).

certificazione (per coloro che rientrano in una delle patologie di cui alle lettere: b), f), g), ed i)) attestante la gravità della patologia di appartenenza, in particolare per la lettera i) la valutazione dovrà essere effettuata sulla base dei Domini indicati nell'allegato 2 al Decreto Interministeriale del 26 settembre 2016, compilata dal MMG con specificata attestazione di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

copia dell'attestazione ISEE in corso di validità (ISEE da presentare è quello previsto per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria art. 6 del DPCM 159/2013).

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui l'Ambito Territoriale Sociale (denominato di seguito ATS) è tenuto.

### Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è costituito da ciascuno dei Comuni aderenti all'ATS di Agnone (in ragione della residenza dell'interessato istante), che possono delegare al Comune capofila (Comune di Agnone) la gestione dei servizi previsti dal Piano di zona in ambito socio-sanitario e assistenziale.

### Responsabile del trattamento

Il Responsabile del trattamento (la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento ex art 4 p.8 GDPR 2016/679) è l'Ambito Territoriale Sociale di Agnone, nella persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone domiciliato per la carica in Agnone (IS), presso l'Ufficio di Piano, con sede in Largo Dante Alighieri 51.

### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della Protezione dei Dati del comune capofila (Comune di Agnone) dell'ATS di Agnone è il dottor Guido Savelli con studio in Isernia email: [privacyitalia@gmail.com](mailto:privacyitalia@gmail.com)

### Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge, inclusa la completa e corretta formazione della verifica dei requisiti di legge per la concessione del beneficio di cui al Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" Annualità 2022 [Cfr. Deliberazione di Giunta Regionale n. 51 del 01 marzo 2023 e "linee di programmazione sull'utilizzo del fondo 2022 del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" (D.M. del 17 ottobre 2022)].

### Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in modalità telematica e/o cartacea, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679, con la predisposizione di misure organizzative e tecniche poste in essere dall'ATS a garanzia della riservatezza e della sicurezza dei dati degli interessati. Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, ad eccezione delle comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad altri enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti in forza di adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### Categorie di dati personali (dati comuni e dati particolari ex art.9 GDPR 2016/679)

Oltre ai dati comuni presenti nelle domande (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, residenza e dati di contatto), Lei potrebbe conferire all'ATS dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" (ex art. 9 del Regolamento UE n. 2016/679) e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali ultime categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- chiedere la conferma dell'esistenza o meno di operazioni di trattamento dei Suoi dati personali;
- ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante per la Protezione dei Dati Personali)
- 

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata al Titolare del trattamento o all'Ufficio di Piano dell'ATS Agnone, in persona del Coordinatore Responsabile Dr. Antonio Melone, all'indirizzo postale della sede legale di Agnone (IS) Largo Dante Alighieri 51 o all'indirizzo pec [ambitoagnone@pec.it](mailto:ambitoagnone@pec.it).

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_, dichiaro di aver ricevuto e ben compreso l'informativa che precede.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_, alla luce dell'informativa ricevuta, (in caso di persona minore di anni 16 aggiungere "in qualità di \_\_\_\_\_ del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_)

esprimo il consenso  NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come "categorie particolari di dati", relativo alla finalità di concessione del beneficio di cui al Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" Annualità 2022 [Cfr. Deliberazione di Giunta Regionale n. 51 del 01 marzo 2023 e "linee di programmazione sull'utilizzo del fondo 2022 del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare" (D.M. del 17 ottobre 2022)].

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_, Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Si precisa che l'espressione del consenso è condizione di procedibilità della domanda**



**SCALE PER IL MEDICO SPECIALISTA E/O IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**



**Ambito Territoriale Sociale di Agnone**

**- Ufficio di Piano -**

**SCALA GLASGOW**

**GLASGOW Coma Scale** (Articolo 3, comma 2, lettera a)

Teasdale G, Jennett B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." Lancet 13 (2): 81-4

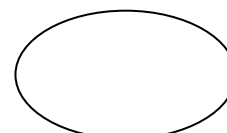
COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Archivio N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

NOME PAZIENTE	
---------------	--

<b>Apertura occhi</b>	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta verbale</b>	Orientata appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
<b>Risposta Motoria</b>	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

Luogo e Data

Firma e Timbro



# SCALA CDR

## Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa (Articolo 3, comma 2, lettera d)

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W. L., et al (1982) *A new clinical scale for the staging of dementia.*

British Journal of Psychiatry, 140, 566 -572

NOME PAZIENTE	
---------------	--

	NORMALE CDR 0	DEMENZA DUBBIA CDR 0.5	DEMENZA LIEVE CDR 1	DEMENZA MODERATA CDR 2	DEMENZA GRAVE CDR 3
<b>Memoria</b>	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
<b>Orientamento</b>	Perfettamente orientato		Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
<b>Giudizio soluzione problemi</b>	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi; analogie differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
<b>Attività sociali</b>	Attività indipendente e livelli usuali nel lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
<b>Casa e hobbies</b>	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
<b>Cura personale</b>	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria

### CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE

Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.

### CDR 5: DEMENZA TERMINALE

Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.

## Clinical Dementia Rating Scale

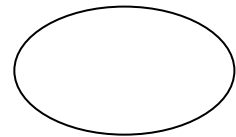
Per ottenere il punteggio della CDR è necessario disporre di informazioni raccolte da un familiare o operatore che conosce il soggetto e di una valutazione delle funzioni cognitive del paziente con particolare riferimento ai seguenti aspetti: 1) memoria; 2) orientamento temporale e spaziale; 3) giudizio ed astrazione; 4) attività sociali e lavorative; 5) vita domestica, interessi ed hobby; 6) cura della propria persona. In base al grado di compromissione viene assegnato un punteggio variabile tra 0 - 0.5 - 1 - 2 - e 3; 0= normale; 0.5= dubbia compromissione; 1 compromissione lieve; 2= compromissione moderata; 3= compromissione severa. Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri. La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie. Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria. Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie. Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria. La scala è stata successivamente estesa per classificare in modo più preciso gli stadi più avanzati della demenza (Hayman et al, 1987). I pazienti possono essere perciò classificati in stadio 4 (demenza molto grave) quando presentano severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da soli, nel controllare la funzione intestinale o vescicale. Sono classificati in stadio 5 (demenza terminale) quando richiedono assistenza totale perché completamente incapaci di comunicare, in stato vegetativo, allettati, incontinenti.

Luogo e Data

---

Firma e Timbro

---



# SCALA ASIA

ASIA Impairment Scale (AIS) (*Articolo 3, comma2, lettera d*)

NOME PAZIENTE	
---------------	--

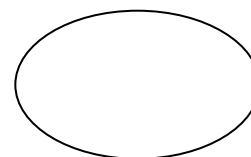
<b>A=completa</b>	Deficit sensitivo e motorio completo a livello S4-S5
<b>B=incompleta</b>	Deficit motorio completo con conservazione della sensibilità al di sotto del livello neurologico che include S4-S5
<b>C=incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e più della metà dei muscoli chiave ha una validità inferiore a 3
<b>D=incompleta</b>	La motilità volontaria è conservata al di sotto del livello neurologico e almeno la metà dei muscoli chiave ha una validità uguale o superiore a 3
<b>E=normale</b>	Nessun deficit neurologico (non ipovalidità muscolare, sensibilità integra, non disturbi sfinterici ma possibili alterazioni dei riflessi)

Luogo e Data

Firma e Timbro

---

---



# SCALA MRC

## Bilancio muscolare complessivo alla scala *Medical Research Council* (MRC)

(Articolo 3, comma2, lettera e)

NOME PAZIENTE	
---------------	--

### Forza muscolare

La forza muscolare nei vari distretti muscolari viene valutata con la scala MRC (valori da 5 a 0).

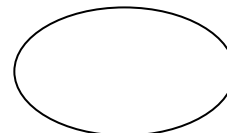
- 5/5 alla scala MRC: movimento possibile contro resistenza massima;
- 4/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro resistenza minima;
- 3/5 alla scala MRC: movimento possibile solo contro gravità;
- 2/5 alla scala MRC: movimento possibile solo in assenza di gravità;
- 1/5 alla scala MRC: accenno al movimento;
- 0/5 alla scala MRC: assenza di movimento;

Luogo e Data

---

Firma e Timbro

---



# SCALA EDSS

**Expanded Disability Status Scale (EDSS)** (*Articolo 3, comma 2, lettera e*) EDSS:

Scala di disabilità per pazienti affetti da Sclerosi Multipla.

NOME PAZIENTE	
---------------	--

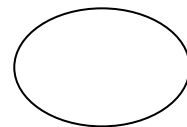
Punteggio EDSS	Caratteristiche cliniche
Da 1 a 3,5	Paziente deambulante, ma sono presenti deficit neurologici evidenti in diversi sistemi funzionali (motorio, sensitivo, cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lievemoderato, con un impatto parziale sull'autonomia.
4	Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza riposo, per circa 500 metri.
4,5	Paziente autonomo, con minime limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per 300 metri.
5	Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni dell'attività completa quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 200 metri.
5,5	Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni dell'attività quotidiana. Deambulazione possibile, senza soste e senza riposo, per circa 100 metri.
6	Paziente che necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato per percorrere 100 metri senza fermarsi.
6,5	Paziente che necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi.
7	Paziente non in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, e necessita di sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla sedia da solo.
7,5	Paziente che può muovere solo qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia.
8	Paziente che è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. In genere, usa bene una o entrambe le braccia.
8,5	Paziente essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso abbastanza buono di una o entrambe le braccia.
9	Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato.
9,5	Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente.
10	Morte dovuta alla malattia.

Luogo e Data

Firma e Timbro

---

---



## SCALA HOEHN E YAHR

### Scala di Hoehn e Yahr *(Articolo 3, comma2, lettera e)*

La scala di Hoehn e Yahr è utile per definire lo stadio clinico del paziente affetto da morbo di Parkinson:

NOME PAZIENTE	
---------------	--

Stadio 1: Malattia unilaterale.

Stadio 2: Malattia bi laterale senza coinvolgimento dell'equilibrio.

Stadio 3: Malattia da lieve a moderata, qualche instabilità posturale indipendente.

Stadio 4: Malattia conclamata, ancora in grado di deambulare autonomamente.

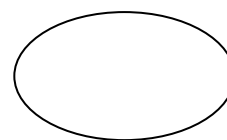
Stadio 5: Paziente costretto a letto o in sedia a rotelle.

Luogo e Data

---

Firma e Timbro

---



# SCALA LAPMER

LAPMER-Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (*Articolo 3, comma2, lettera b) Versione originale italiana: Tesio L. Journal of Applied Measurement 2002;3,1: 5084*)

NOME PAZIENTE	
---------------	--

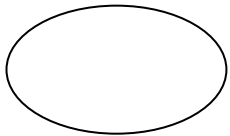
ITEMS	Livelli	Punteggio
<b>Alimentazione</b>	Viene alimentato, cibo di consistenza modificata	0
	Viene alimentato, cibo di consistenza ordinaria	1
	Porta il cibo alla bocca (con o senza supervisione o assistenza)	2
<b>Controllo sfinterico</b>	Non riesce a segnalare necessità di evacuazione né eventuali perdite (vescicali o intestinali)	0
	Riesce a segnalare necessità di evacuazione o eventuali perdite (vescicali o intestinali)	1
<b>Comunicazione</b>	Riesce a segnalare alcuni bisogni, attraverso un comportamento aspecifico o stereotipato	0
	Riesce a segnalare alcuni bisogni identificabili da comportamenti specifici	1
	Comunica bisogni verbalmente	2
<b>Manipolazione</b>	Manipolazione assente, oppure reazione di afferramento	0
	Afferramento palmare spontaneo	1
	Utilizza la pinza pollice-indice	2
<b>Vestizione</b>	Vestizione Passiva	0
	Si sforza di dare una qualche collaborazione	1
<b>Locomozione</b>	Stazionario anche su sedia o carrozzina	0
	Si trasferisce nell'ambiente	1
<b>Orientamento</b>	Non ha orientamento spaziale	0
	Si orienta in ambienti familiari	1
	Si orienta al di fuori del suo ambiente familiare (casa, reparto assistenziale)	2
<b>Prassie</b>	Nessuna prassia, oppure movimenti afinalistici e stereotipati	0
	Realizza prodotti plastici o grafici (incastra, connette, plasma e colora) oppure pilota una carrozzina manualmente	1
	Disegna o pilota una carrozzina elettrica	2

Luogo e Data

Firma e Timbro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Criteria di valutazione per le patologie di cui al punto i) (Altre persone in condizione di dipendenza vitale)**

**Utente: Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_**

1. Le persone con disabilità gravissima, in condizioni di dipendenza vitale, oltre a quelle identificate dall'articolo 3, comma 2, lettere a) -h), sono individuate mediante la valutazione del livello di compromissione della funzionalità, indipendentemente dal tipo di patologia e/o menomazione, attraverso la rilevazione dei seguenti domini:
  - a) motricità;
  - b) stato di coscienza;
  - c) respirazione;
  - d) nutrizione.
2. Le compromissioni rilevate ai fini della identificazione delle persone in condizione di dipendenza vitale sono le seguenti:
  - motricità:
  - dipendenza totale in tutte le attività della vita quotidiana (ADL): l'attività è svolta completamente da un'altra persona
  - a. stato di coscienza:
    - compromissione severa: raramente/mai prende decisioni
    - persona non cosciente
  - b. respirazione
    - necessità di aspirazione quotidiana
    - presenza di tracheostomia
  - c. nutrizione
    - necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi
    - combinata orale e enterale/parenterale
    - solo tramite sondino naso-gastrico (SNG)
    - solo tramite gastrostomia (es.PEG)
    - solo parenterale (attraverso catetere venoso centrale CVC)
3. Si intendono in condizioni di dipendenza vitale le persone che hanno compromissioni di cui al comma 3 del presente Allegato in almeno uno dei domini di cui alle lettere a) e b) del comma 1 ed in almeno uno dei domini di cui alle lettere c) e d) del medesimo comma 1.

Data, \_\_\_\_\_

Firma e Timbro  
(medico certificatore)



**UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI \_\_\_\_\_**

# S.Va.M.Di.

**Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità**

Sig./ra

Data di domanda / /

**Attivazione**     **Verifica**

Tessera sanitaria  es. ticket

Codice fiscale

Data di nascita / /  Sesso  Femmina  Maschio

Residenza

Comune  Prov.

CAP  Tel.  Cellulare

Distretto Socio Sanitario di

Medico di Medicina Generale

Telefono  Cellulare

e-mail

Assistente Sociale

Telefono  Cellulare

e-mail

Persona di riferimento

Grado di parentela

Telefono  Cellulare

Residenza

Comune

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

## DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute

Indicare la codifica nosologica in codice ICD X ( <i>indicare con una x il tipo di diagnosi</i> )	ICD X	Diagnosi principale	Diagnosi comorbidità
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fonte diagnosi			

<b>Menomazioni delle funzioni corporee</b>	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
mentali/intellettive ( <b>b110, b114, b117, b140, b144, b156, b164, b167</b> )							
mentali/comportamentali ( <b>b130, b134, b148, b152</b> )							
sensoriale e del dolore ( <b>b2</b> )							
della voce e dell'eloquio ( <b>b3</b> )							
dei sistemi cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio ( <b>b4</b> )							
dei sistemi digerente, metabolico ed endocrino ( <b>b5</b> )							
genito-urinarie e riproduttive ( <b>b6</b> )							
neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento ( <b>b7</b> )							
Ogni altra funzione corporea							

<b>Menomazioni delle strutture corporee</b>	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
sistema nervoso ( <b>s1</b> )							
occhio, orecchio e strutture correlate ( <b>s2</b> )							
legate alla voce dell'eloquio ( <b>s3</b> )							
dei sistemi cardiovascolare,ematologico, immunologico e respiratorio ( <b>s4</b> )							
dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino ( <b>s5</b> )							
correlate al sistema genito-urinario ( <b>s6</b> )							
legate al movimento ( <b>s7</b> )							
cute e strutture correlate ( <b>s8</b> )							
Ogni altra struttura corporea							

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
 Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
 Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

Limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione	Performance							Capacità						
	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9
Performance/capacità														
apprendimento e applicazione delle conoscenze (d1)														
compiti ed esigenze generali (d2)														
comunicazione (d3)														
mobilità (d4)														
cura della propria persona (d5)														
attività domestiche (d6)														
attività interpersonali (d7)														
principali aree di vita (d8)														
alla vita sociale, civile e di comunità (d9)														

Fattori ambientali	Performance							Capacità						
	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9	0	1	2	3	4	8	9
Barriera/facilitatore														
Prodotti e tecnologia (e1)														
Ambiente naturale e cambiamenti effettuati dall'uomo (e2)														
Relazioni e sostegno sociale (e3)														
Atteggiamenti (e4)														
Servizi e politiche (e5)														

**Sintesi dei bisogni rilevati**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## Verbale U.V.M.

Cognome e nome

Data di nascita / /

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.M. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:  
(definizione del progetto complessivo cui concorrono diversi enti e servizi)

---

---

---

---

---

---

---

---

- Autosufficiente
- Parzialmente autosufficiente
- Non autosufficiente

### Codifica progetto individuale

#### 01 Interventi domiciliari

assistenza domiciliare integrata ADI       assistenza domiciliare SAD

assegno di sollievo       buono di servizio per .....

aiuto personale L. 162/98       aiuto personale L. 284/97       programma Vita Indipendente

02 <input type="checkbox"/> Centro diurno	03 Trasporto  <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	04 <input type="checkbox"/> integrazione lavorativa	04 <input type="checkbox"/> progetto inserimento sociale lavorativo
---	---	---	---

05  assistenza scolastica      06  ausili      07  altro .....

07 Residenza

- Gruppo Appartamento
- Comunità Alloggio
- Comunità Residenziale
- R.S.A.
- altro

Referente del progetto .....      Verifica programmata .....

Convocati	Presenti	Partecipanti	Cognome e Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>			
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>			
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>			
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>			

Data / /

Timbro e firma del Responsabile U.V.M.  
.....

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

## PARTE 1a - MENOMAZIONI DELLE FUNZIONI CORPOREE

- Le Funzioni Corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)
- Le Menomazioni sono problemi nella funzione del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative

Qualificatore (estensione delle menomazioni)
<b>0 Nessuna menomazione</b> (assente, trascurabile, .... 0-4%).
<b>1 Menomazione lieve</b> (leggera, piccola, .... 5-24%).
<b>2 Menomazione media</b> (moderata, discreta, .... 25-49%)
<b>3 Menomazione grave</b> (notevole, estrema, .... 50-95%).
<b>4 Menomazione completa</b> (totale, 96-100%).
<b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione.
<b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).

Breve Lista delle Funzioni Corporee	Qualificatore
<b>B1. FUNZIONI MENTALI</b>	
<b>b110</b> Coscienza	
<b>b114</b> Orientamento ( <i>tempo, spazio, persona</i> )	
<b>b117</b> Intelletto ( <i>compresi ritardo, demenza</i> )	
<b>b122</b> Funzioni psicosociali globali	
<b>b126</b> Funzioni del temperamento e della personalità	
<b>b130</b> Funzioni dell'energia e delle pulsioni	
<b>b134</b> Sonno	
<b>b140</b> Attenzione	
<b>b144</b> Memoria	
<b>b147</b> Funzioni psicomotorie	
<b>b152</b> Funzioni emozionali	
<b>b156</b> Funzioni percettive	
<b>b160</b> Funzioni del pensiero	
<b>b164</b> Funzioni cognitive di livello superiore	
<b>b167</b> Linguaggio	
<b>b176</b> Funzione mentale di sequenza dei movimenti complessi	
<b>b180</b> Funzioni dell'esperienza del sé e del tempo	
<b>B2. FUNZIONI SENSORIALI E DOLORE</b>	
<b>b210</b> Vista	
<b>b230</b> Udito	
<b>b235</b> Funzioni vestibolari ( <i>compreso l'equilibrio</i> )	
<b>b280</b> Dolore	
<b>B3. FUNZIONI DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO</b>	
<b>b310</b> Voce	
<b>b330</b> Funzioni della fluidità e del ritmo dell'eloquio	
<b>B4. FUNZIONI DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, EMATOLOGICO, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>	
<b>b410</b> Cuore	
<b>b420</b> Pressione sanguigna	
<b>b430</b> Sistema ematologico ( <i>sangue</i> )	
<b>b435</b> Sistema immunologico ( <i>allergie, ipersensibilità</i> )	
<b>b440</b> Respirazione ( <i>respiro</i> )	
<b>B5. FUNZIONI DELL'APPARATO DIGERENTE E DEI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>	
<b>b515</b> Digestione	
<b>b525</b> Defecazione	
<b>b530</b> Mantenimento del peso	
<b>b545</b> Equilibrio idrico ed elettrolitico	
<b>b550</b> Termoregolazione	
<b>b555</b> Ghiandole endocrine ( <i>alterazioni ormonali</i> )	

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
 Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
 Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

<b>B6. FUNZIONI GENITOURINARIE E RIPRODUTTIVE</b>	
<b>b620</b> Funzioni urinarie	
<b>b640</b> Funzioni sessuali	
<b>b650</b> Funzioni mestruali	
<b>B7. FUNZIONI NEURO-MUSCOLO-SCHELETRICHE E CORRELATE AL MOVIMENTO</b>	
<b>b710</b> Mobilità dell'articolazione	
<b>b730</b> Forza muscolare	
<b>b735</b> Tono muscolare	
<b>b760</b> Funzione di controllo del movimento volontario	
<b>b765</b> Movimento involontario	
<b>B8. FUNZIONI DELLA CUTE E DELLE STRUTTURE CORRELATE</b>	
<b>OGNI ALTRA FUNZIONE CORPOREA</b>	

## INFORMAZIONI SINTETICHE SULLO STATO DI SALUTE

Altezza: \_\_\_\_\_ cm

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Sta assumendo qualche farmaco?

sì

no

Se sì, specificare i farmaci principali che sta assumendo:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Utilizza qualche ausilio come occhiali, apparecchio acustico, sedia a rotelle ecc.?

sì

no

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Sta ricevendo qualche tipo di trattamento per la sua salute?

sì

no

Se sì, specificare il tipo di assistenza fornito:

\_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni significative sullo stato di salute:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

1.  documenti scritti

3.  informazioni fornite da altri

2.  soggetto interessato

4.  osservazione diretta

Cognome e nome del compilatore

Ruolo

Data

Firma .....



## PARTE 1b - MENOMAZIONI DELLE STRUTTURE CORPOREE

- Le strutture corporee sono le parti anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti.
- Le menomazioni sono problemi nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.

Primo Qualificatore <i>(estensione delle menomazioni)</i>	Secondo Qualificatore <i>(natura del cambiamento)</i>	Terzo Qualificatore <i>(localizzazione)</i>
<b>0 Nessuna menomazione</b> (assente, trascurabile, .... 0-4%). <b>1 Menomazione lieve</b> (leggera, piccola, .... 5-24%). <b>2 Menomazione media</b> (moderata, discreta, .... 25-49%). <b>3 Menomazione grave</b> (notevole, estrema, .... 50-95%). <b>4 Menomazione completa</b> (totale, 96-100%). <b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione. <b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	<b>0</b> Nessun cambiamento della struttura <b>1</b> Assenza totale <b>2</b> Assenza parziale <b>3</b> Parte in eccesso <b>4</b> Dimensioni anormali <b>5</b> Discontinuità <b>6</b> Posizione deviante <b>7</b> Cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi <b>8</b> Non specificato <b>9</b> Non applicabile	<b>0</b> Più di una regione <b>1</b> Destra <b>2</b> Sinistra <b>3</b> Entrambi i lati <b>4</b> Frontale <b>5</b> Dorsale <b>6</b> Proximale <b>7</b> Distale <b>8</b> Non specificato <b>9</b> Non applicabile

Breve Lista delle Strutture Corporee	Primo qualificatore	Secondo qualificatore	Terzo Qualificatore
<b>S1. STRUTTURE DEL SISTEMA NERVOSO</b>			
<b>s110</b> Cervello			
<b>S120</b> Midollo spinale e nervi periferici			
<b>S2. OCCHIO, ORECCHIO E STRUTTURE CORRELATE</b>			
<b>S3. STRUTTURE COINVOLTE NELLA VOCE E NELL'ELOQUIO</b>			
<b>S4. STRUTTURE DEI SISTEMI CARDIOVASCOLARE, IMMUNOLOGICO E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</b>			
<b>s410</b> Sistema cardiovascolare			
<b>s420</b> Sistema immunitario			
<b>s430</b> Sistema respiratorio			
<b>S5. STRUTTURE CORRELATE ALL'APPARATO DIGERENTE E AI SISTEMI METABOLICO ED ENDOCRINO</b>			
<b>S6. STRUTTURE CORRELATE AL SISTEMA GENITOURINARIO E RIPRODUTTIVO</b>			
<b>s610</b> Sistema urinario			
<b>s630</b> Sistema riproduttivo			
<b>S7. STRUTTURE CORRELATE AL MOVIMENTO</b>			
<b>s710</b> Regione del capo e del collo			
<b>s720</b> Regione della spalla			
<b>s730</b> Estremità superiori ( <i>braccio, mano</i> )			
<b>s740</b> Regione pelvica			
<b>s750</b> Estremità inferiori ( <i>gamba, piede</i> )			
<b>s760</b> Tronco			
<b>S8 CUTE E STRUTTURE CORRELATE</b>			
<b>OGNI ALTRA STRUTTURA CORPOREA</b>			

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti    | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta          |

Cognome e nome del compilatore

Ruolo

Data  /  /

Firma .....

## PARTE 2 - LIMITAZIONI DELL'ATTIVITA' E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- L'Attività è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. La Partecipazione è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- Le Limitazioni dell'Attività sono le difficoltà che un individuo può incontrare nello svolgere delle attività. Le Restrizioni alla Partecipazione sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni della vita.
- I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Il **qualificatore Performance** indica il **grado della restrizione nella partecipazione** descrivendo l'**attuale performance** delle persone in un compito o in un'azione **nel loro ambiente reale**. Poiché l'ambiente reale introduce al contesto sociale, performance può essere intesa come "coinvolgimento in una situazione di vita" o "esperienza vissuta" delle persone nel contesto reale in cui vivono.

Questo contesto include i fattori ambientali - tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti - che possono essere codificati usando la componente Fattori Ambientali. Il qualificatore Performance misura la difficoltà che la persona incontra nel **fare le cose, ammesso che le voglia fare**.

Il **qualificatore Capacità** indica il grado di limitazione nell'attività descrivendo l'**abilità della persona** ad eseguire un compito o una azione. Il qualificatore Capacità focalizza l'attenzione sulle limitazioni che sono caratteristiche inerenti o intrinseche delle persone stesse. Queste limitazioni dovrebbero essere manifestazioni dirette dello stato di salute della persona, **senza assistenza**. Per assistenza intendiamo l'aiuto di un'altra persona, o l'assistenza fornita da un veicolo o da uno strumento adattato o appositamente progettato o qualsiasi modificazione ambientale di una stanza, della casa, del posto di lavoro, ecc. Il livello dovrebbe essere valutato relativamente alle capacità normalmente attese per quella persona o alle capacità della persona prima delle attuali condizioni di salute.

<b>Primo Qualificatore - Performance</b> <i>(grado di restrizione della partecipazione)</i>	<b>Secondo Qualificatore - Capacità</b> (senza influenza dell'ambiente o assistenza) <i>(grado di limitazione dell'attività)</i>
<b>0 Nessuna difficoltà</b> significa che la persona non presenta il problema.	
<b>0 Nessun problema</b> (assente, trascurabile, .... 0-4%).	
<b>1 Problema lieve</b> (leggera, piccola, .... 5-24%).	
<b>2 Problema medio</b> (moderato, discreto, .... 25-49%).	
<b>3 Problema grave</b> (notevole, estremo, .... 50-95%).	
<b>4 Problema completo</b> (totale, 96-100%)	
<b>8 Non specificato</b> significa che l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della difficoltà.	
<b>9 Non applicabile</b> significa che è inappropriato applicare un particolare codice (es: b650 Funzioni della mestruazione per donne in età di pre-menarca o di post-menopausa).	

<b>Breve lista di dimensione di Attività e Partecipazione</b>	<b>Qualificatore di performance</b>	<b>Qualificatore di capacità</b>
<b>D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA</b>		
<b>d110</b> Guardare		
<b>d115</b> Ascoltare		
<b>d130</b> Copiare		
<b>d166</b> Leggere		
<b>d169</b> Scrivere		
<b>d172</b> Calcolare		
<b>d175</b> Risoluzione di problemi		
<b>D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI</b>		
<b>d210</b> Intraprendere un compito singolo		
<b>d220</b> Intraprendere compiti articolati		
<b>D3. COMUNICAZIONE</b>		
<b>d310</b> Comunicare con - ricevere - messaggi verbali		
<b>d315</b> Comunicare con - ricevere - messaggi non-verbali		
<b>d330</b> Parlare		
<b>d335</b> Produrre messaggi non-verbali		
<b>d350</b> Conversazione		
<b>d360</b> Utilizzo di apparecchiature ed ausili per la comunicazione		
<b>D4. MOBILITÀ</b>		
<b>d410</b> Cambiare posizione di base		
<b>d430</b> Sollevare e trasportare oggetti		
<b>d440</b> Uso fine della mano ( <i>raccogliere, afferrare</i> )		
<b>d450</b> Camminare		
<b>d455</b> Spostarsi		

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

<b>d465</b>	Spostarsi usando apparecchiature/ausili ( <i>sedia a rotelle, pattini, ecc.</i> )		
<b>d470</b>	Usare un mezzo di trasporto ( <i>auto, bus, treno, aereo, ecc.</i> )		
<b>d475</b>	Guidare ( <i>andare in bici o motocicletta, guidare l'auto, ecc.</i> )		
<b>D5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA</b>			
<b>d510</b>	Lavarsi ( <i>fare il bagno, asciugarsi, lavarsi le mani, ecc.</i> )		
<b>d520</b>	Prendersi cura di singole parti del corpo ( <i>lavarsi i denti, radersi, ecc.</i> )		
<b>d530</b>	Bisogni corporali		
<b>d540</b>	Vestirsi		
<b>d550</b>	Mangiare		
<b>d560</b>	Bere		
<b>d570</b>	Prendersi cura della propria salute		
<b>D6. VITA DOMESTICA</b>			
<b>d620</b>	Procurarsi beni e servizi ( <i>fare la spesa, ecc.</i> )		
<b>d630</b>	Preparare i pasti ( <i>cucinare, ecc.</i> )		
<b>d640</b>	Fare i lavori di casa ( <i>pulire la casa, lavare i piatti, fare il bucato, stirare</i> )		
<b>d660</b>	Assistere gli altri		
<b>D7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI</b>			
<b>d710</b>	Interazioni interpersonali semplici		
<b>d720</b>	Interazioni interpersonali complesse		
<b>d730</b>	Entrare in relazione con estranei		
<b>d740</b>	Relazioni formali		
<b>d750</b>	Relazioni sociali informali		
<b>d760</b>	Relazioni familiari		
<b>d770</b>	Relazioni intime		
<b>D8. AREE DI VITA PRINCIPALI</b>			
<b>d810</b>	Istruzione informale		
<b>d820</b>	Istruzione scolastica		
<b>d830</b>	Istruzione superiore		
<b>d840</b>	Apprendistato		
<b>d850</b>	Lavoro retribuito		
<b>d855</b>	Lavoro non retribuito		
<b>d860</b>	Transazioni economiche semplici		
<b>d870</b>	Autosufficienza economica		
<b>D9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITÀ</b>			
<b>d910</b>	Vita nella comunità		
<b>d920</b>	Ricreazione e tempo libero		
<b>d930</b>	Religione e spiritualità		
<b>QUALUNQUE ALTRA ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE</b>			

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
 Protocollo Archivio N. 1357/2024 del 20-03-2024  
 Allegato I - Class. 7.12 - Copia Documento

**NOTE**

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti    | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta          |

Cognome e nome del compilatore

Ruolo

Data / /

Firma .....

## PARTE 3 - FATTORI AMBIENTALI

. I fattori ambientali costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, sociale e degli atteggiamenti, in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

Qualificatore nell'ambiente - Barriere	Qualificatore nell'ambiente - Facilitatori
<b>0</b> Nessuna barriera	<b>0</b> Nessun facilitatore
<b>1</b> Barriera lieve	<b>+1</b> Facilitatore lieve
<b>2</b> Barriera media	<b>+2</b> Facilitatore medio
<b>3</b> Barriera grave	<b>+3</b> Facilitatore sostanziale
<b>4</b> Barriera completa	<b>+4</b> Facilitatore completo
<b>8</b> Barriera, non specificato	<b>+8</b> Facilitatore non specificato
<b>9</b> non applicabile	<b>9</b> non applicabile

Breve Lista Fattori Ambientali	Qualificatore	
	Barriere	Facilitatori
<b>E1. PRODOTTI E TECNOLOGIA</b>		
<b>e110</b> Prodotti o sostanze per il consumo personale ( <i>cibo, farmaci</i> )		
<b>e115</b> Prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana		
<b>e120</b> Prodotti per la mobilità e il trasporto personale in ambienti interni e esterni		
<b>e125</b> Prodotti e tecnologia per la comunicazione		
<b>e150</b> Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo		
<b>e155</b> Prodotti e tecnologia per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzo privato		
<b>E2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO</b>		
<b>e225</b> Clima		
<b>e240</b> Luce		
<b>e250</b> Suono		
<b>E3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE</b>		
<b>e310</b> Famiglia ristretta		
<b>e320</b> Amici		
<b>e325</b> Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
<b>e330</b> Persone in posizione di autorità		
<b>e340</b> Persone che forniscono aiuto o assistenza		
<b>e355</b> Operatori sanitari		
<b>e360</b> Altri operatori		
<b>E4. ATTEGGIAMENTI</b>		
<b>e410</b> Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta		
<b>e420</b> Atteggiamenti individuali degli amici		
<b>e425</b> Atteggiamenti di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità		
<b>e430</b> Atteggiamenti delle persone in posizione di autorità		
<b>e440</b> Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto o assistenza		
<b>e450</b> Atteggiamenti individuali di operatori sanitari		
<b>e455</b> Atteggiamenti individuali di altri operatori		
<b>e460</b> Atteggiamenti della società		
<b>E5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE</b>		
<b>e525</b> Servizi, sistemi e politiche abitative		
<b>e535</b> Servizi, sistemi e politiche di comunicazione		
<b>e540</b> Servizi, sistemi e politiche di trasporto		
<b>e550</b> Servizi, sistemi e politiche legali		
<b>e570</b> Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali		
<b>e575</b> Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale		
<b>e580</b> Servizi, sistemi e politiche sanitarie		
<b>e585</b> Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione		
<b>QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE</b>		

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
 Protocollo Attivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
 Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

## PARTE 4 - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTESTO

Descrizione sintetica di tutti i Fattori Personali che possono avere un impatto sullo stato funzionale\*

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

\* Esempi: stile di vita, abitudini, contesto sociale, educazione, eventi della vita, etnia, orientamento sessuale e beni dell'individuo, rapporti all'interno della famiglia, con la famiglia allargata, con la comunità (la rete sociale), eventuali problematiche - il carico assistenziale richiesto dal disabile e chi lo sostiene in famiglia - gli ostacoli alla partecipazione alla vita comunitaria e allo sviluppo delle autonomie - gli ausili utilizzati o da prevedere

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti    | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta          |

Cognome e nome del compilatore

Ruolo

Data

Firma .....

# S.VA.M.Di. VALUTAZIONE SOCIALE

## Stato civile attuale

- |  |  |
|--|--|
| <b>1</b> <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile<br><b>2</b> <input type="checkbox"/> Attualmente coniugato/a<br><b>3</b> <input type="checkbox"/> Separato/a | <b>4</b> <input type="checkbox"/> Divorziato/a<br><b>5</b> <input type="checkbox"/> Vedovo/a<br><b>6</b> <input type="checkbox"/> Convivente |
|--|--|

## Anni di scolarità n. ....

### Scuola frequentata

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <b>1</b> <input type="checkbox"/> scuola materna / nido<br><b>2</b> <input type="checkbox"/> elementare | <b>3</b> <input type="checkbox"/> scuola medie inferiore<br><b>4</b> <input type="checkbox"/> formazione professionale | <b>5</b> <input type="checkbox"/> medie superiori<br><b>6</b> <input type="checkbox"/> università |
|---|--|---|

### Istruzione

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <b>1</b> <input type="checkbox"/> nessun titolo<br><b>2</b> <input type="checkbox"/> licenza elementare | <b>3</b> <input type="checkbox"/> media inferiore<br><b>4</b> <input type="checkbox"/> scuola professionale | <b>5</b> <input type="checkbox"/> media superiore<br><b>6</b> <input type="checkbox"/> laurea |
|---|---|---|

## Esperienza lavorativa

- 1**  sì **2**  no Specificare: .....

## Situazione lavorativa attuale

- |   |  |
|---|--|
| <b>1</b> <input type="checkbox"/> Lavoro dipendente<br><b>2</b> <input type="checkbox"/> Lavoro autonomo<br><b>3</b> <input type="checkbox"/> Lavoro non retribuito (es. volontariato)<br><b>4</b> <input type="checkbox"/> Studente<br><b>5</b> <input type="checkbox"/> Casalinga/o | <b>6</b> <input type="checkbox"/> Pensionata/o<br><b>7</b> <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per motivi di salute)<br><b>8</b> <input type="checkbox"/> Disoccupata/o (per altri motivi )<br><b>9</b> <input type="checkbox"/> Altro (specificare) ..... |
|---|--|

## CERTIFICAZIONI

**Invalidità civile**      **1**  sì    **2**  no      Grado riconosciuto .....

### Diagnosi di invalidità

---



---

Necessita di accompagnatore per deambulare	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
Necessita di assistenza continua	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
Cieco assoluto	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
Sordomuto	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
Minore in difficoltà	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
Minore ipoacusico	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Invalidità INAIL</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 1)</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Persona con Disabilità (L. 104/92 art. 3 c. 3)</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Condizione di Disabilità per Inserimento Lavorativo (L. 68/99)</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Certificazione L. 104/92 ai fini dell'inserimento scolastico</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì	<b>2</b> <input type="checkbox"/> no
<b>Persona inabilitata</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì <b>2</b> <input type="checkbox"/> no	
<b>Con amministratore di sostegno</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì <b>2</b> <input type="checkbox"/> no	
<b>Persona interdetta</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/> sì <b>2</b> <input type="checkbox"/> no	

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
 Protocollo Arquivo N. 1357/2024 del 20-03-2024  
 Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento

Situazione familiare										
	Cognome e nome	Parentela <sup>1</sup>	Età	Professione	Indirizzo e telefono	Lontananza <sup>2</sup>	Intensità attivazione attuale	si occupa di <sup>3</sup>		
								ADL	iADL	Supervisione
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Altre persone attive (compreso personale privato)										
1										
2										
3										

SERVIZI ATTIVATI		
1		3
2		4

<sup>1</sup> C = coniuge, FI = figlio/a, FR = fratello/sorella, G = genitore, NO = nonno/a, ND = nipote diretto, NI = nipote indiretto, NU = genero/nuora, AL = altro familiare, VI = amici/vicini, C = convivente

<sup>2</sup> V = immediate vicinanze, 15 = entro 15 minuti, 30 = entro 30 minuti, 60 = entro 1 ora, O = oltre 1 ora

<sup>3</sup> Indicare con una X se si occupa di ADL (bagno, igiene, vestirsi, mangiare, trasferimenti), iADL (pulizia casa, acquisti, preparazione pasti, lavanderia), supervisione (diurna e/o notturna)

<b>DOMANDA DI INTERVENTO</b>	
<b>Tipologia della domanda (una sola risposta)</b>	<b>La persona è informata della domanda?</b>
<b>01</b> <input type="checkbox"/> generica <b>02</b> <input type="checkbox"/> interventi domiciliari <b>03</b> <input type="checkbox"/> inserimento diurno <b>04</b> <input type="checkbox"/> residenzialità <b>05</b> <input type="checkbox"/> assistenza scolastica <b>06</b> <input type="checkbox"/> integrazione lavorativa <b>07</b> <input type="checkbox"/> altro	<b>01</b> <input type="checkbox"/> sì <b>02</b> <input type="checkbox"/> no  <b>Contesto familiare</b> <b>1</b> <input type="checkbox"/> Singolo <b>2</b> <input type="checkbox"/> Famiglia <b>3</b> <input type="checkbox"/> Struttura residenziale <b>4</b> <input type="checkbox"/> Altro
<b>Iniziativa della domanda (una sola risposta)</b>	
<b>01</b> <input type="checkbox"/> propria <b>04</b> <input type="checkbox"/> medico <b>02</b> <input type="checkbox"/> familiare <b>05</b> <input type="checkbox"/> tutore <b>03</b> <input type="checkbox"/> assistente sociale <b>06</b> <input type="checkbox"/> altro soggetto (specificare: ..... )	

<b>Medico curante</b> .....	<b>Tel.</b> .....
<b>PERSONA DI RIFERIMENTO CONTATTABILE</b>	
Cognome e nome <input type="text"/>	
Via <input type="text"/>	Comune <input type="text"/>
Tel. <input type="text"/>	Grado di parentela <input type="text"/>
e-mail: <input type="text"/>	

<b>SITUAZIONE ABITATIVA della Persona con Disabilità</b>	
<b>TITOLO DI GODIMENTO (una sola risposta)</b>	<b>in affitto da:</b>
<b>1</b> <input type="checkbox"/> proprietà dell'immobile <input type="checkbox"/> del disabile <input type="checkbox"/> del familiare <b>2</b> <input type="checkbox"/> usufrutto <b>3</b> <input type="checkbox"/> titolo gratuito <b>4</b> <input type="checkbox"/> non proprio, non in affitto (presso <input type="text"/> )	<b>5 a</b> <input type="checkbox"/> privato <b>5 b</b> <input type="checkbox"/> pubblico  <b>E' in atto lo sfratto esecutivo?</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>DISLOCAZIONE NEL TERRITORIO (una sola risposta)</b> <i>rispetto ai servizi pubblici (es.: negozi di alimentari, farmacia, trasporti)</i>	
<b>1</b> <input type="checkbox"/> servita <b>2</b> <input type="checkbox"/> poco servita <b>3</b> <input type="checkbox"/> isolata	
<b>BARRIERE ARCHITETTONICHE (una sola risposta)</b>	
<b>1</b> <input type="checkbox"/> assenti <b>2</b> <input type="checkbox"/> solo esterne <b>3</b> <input type="checkbox"/> interne	piano <input type="text"/> ascensore <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<b>GIUDIZIO SINTETICO</b>	
<b>1</b> <input type="checkbox"/> abitazione idonea (alloggio privo di barriere architettoniche interne/esterne e adeguato al n.ro di persone, ben servito) <b>2</b> <input type="checkbox"/> abitazione parzialmente idonea (alloggio in normali condizioni di abitabilità ma con barriere interne e/o esterne che limitano la persona nel corretto utilizzo delle sue risorse residue o dei servizi) <b>3</b> <input type="checkbox"/> abitazione non idonea (alloggio pericoloso, fatiscente ed antigienico e/o abitazione gravemente insufficiente per il numero di persone che vi alloggiano, e/o sfratti esecutivi, e/o isolato)	



## SITUAZIONE ECONOMICA - REDDITO MENSILE

<input type="checkbox"/> Assegno – pensione invalidità civile	€ .....
<input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento	€ .....
<input type="checkbox"/> Assegno / pensione invalidità INPS	€ ..... Categoria: ..... n. pensione: .....
<input type="checkbox"/> Altre pensioni	€ .....
<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro	€ .....
<input type="checkbox"/> Altri redditi	€ .....
<input type="checkbox"/> Indennità di frequenza	€ .....
<input type="checkbox"/> Nessuna risorsa	
<input type="checkbox"/> SPESA FISSA PER AFFITTO O MUTUO:	€ .....
ULTERIORE DISPONIBILITÀ ECONOMICA MENSILE DICHIARATA DAI FAMILIARI PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> nessuna
	<input type="checkbox"/> fino a € .....
	<input type="checkbox"/> fino a € .....
	<input type="checkbox"/> fino a € .....
	<input type="checkbox"/> oltre
	<input type="checkbox"/> copertura completa delle spese
INTEGRAZIONE ECONOMICA DEL COMUNE PER L'ASSISTENZA:	<input type="checkbox"/> certamente no <input type="checkbox"/> possibile <input type="checkbox"/> certamente sì
<b>NOTE:</b>	

**NOTE** (la storia della persona e il percorso nei servizi, il curriculum scolastico, l'eventuale percorso lavorativo, tirocini e stage, attitudini e aspirazioni espresse)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si prega di segnalare le informazioni utilizzate:

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> documenti scritti    | 3. <input type="checkbox"/> informazioni fornite da altri |
| 2. <input type="checkbox"/> soggetto interessato | 4. <input type="checkbox"/> osservazione diretta          |

Cognome e nome del compilatore

Ruolo

Data / /

Firma .....



## PIANO OPERATIVO FONDO NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

### SCHEDA DA APPLICARE IN CASO DI PARITÀ DI PUNTEGGIO SVAMA SEMPLIFICATA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITÀ DEL NUCLEO FAMILIARE

La fragilità del nucleo familiare viene definita utilizzando un punteggio complessivo massimo di 100 punti, attribuito sulla base dei criteri e parametri elencati di seguito, e considerando, distintamente, le situazioni dei nuclei familiari composti dal beneficiario FNA (l'utente non autosufficiente grave) e da altri componenti e quelle dei nuclei formati dal solo beneficiario FNA, portatore, per definizione, di un grado di fragilità estremo. In entrambi i casi è stato applicato un punteggio significativo per il valore dell'ISEE ordinario, con una fascia di esclusione dall'attribuzione del punteggio (10.000 euro) apparsa congrua per discriminare ulteriormente la fragilità complessiva dei nuclei familiari.

A maggiore punteggio totale, corrisponde maggiore fragilità del nucleo familiare. Pur applicando, distintamente, le ipotesi di valutazione A) e B) per le due tipologie di nucleo familiare, viene comunque formulata un'unica sub-graduatoria ai fini della selezione dei beneficiari con pari punteggio SVAMA semplificata.

Per Nucleo Familiare (N.F.), si fa riferimento alla famiglia anagrafica come risultante dal quadro A della DSU presentata ai fini ISEE, di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159.

Pertanto, si invitano i cittadini, interessati a presentare istanza, di munirsi della certificazione ISEE 2019 e relativa DSU.

La mancata presentazione dell'ISEE e della relativa DSU comporterà l'attribuzione di un punteggio uguale a zero in luogo dei punti attribuibili, così come dettagliatamente riportato nell'allegata SCHEDA CONTENENTE I CRITERI INTEGRATIVI PER DEFINIRE LA FRAGILITÀ DEL NUCLEO FAMILIARE.

È facoltà del richiedente produrre l'ISEE 2019 e relativa DSU già in fase di presentazione della domanda.

#### **A) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL BENEFICIARIO FNA E DA ALTRI COMPONENTI**

1. Valore ISEE ordinario (riferito a tutti i componenti del nucleo familiare), max 30 punti da assegnare secondo le seguenti modalità:

- a) Da 0 a 1.000 euro = 30 punti;

- b) Da 1.000,01 a 2.000 euro = 27 punti;
- c) Da 2.000,01 a 3.000 euro = 24 punti;
- d) Da 3.000,01 a 4.000 euro = 21 punti;
- e) Da 4.000,01 a 5.000 euro = 18 punti;
- f) Da 5.000,01 a 6.000 euro = 15 punti;
- g) Da 6.000,01 a 7.000 euro = 12 punti;
- h) Da 7.000,01 a 8.000 euro = 9 punti;
- i) Da 8.000,01 a 9.000 euro = 6 punti;
- j) Da 9.000,01 a 10.000 euro = 3 punti;
- k) Da 10.000,01 e oltre zero punti;

2. Numero disabili in condizione di gravità, ex articolo 3, comma 3, legge 104/92, ovvero invalidi 100% con il beneficio dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, presenti nel nucleo familiare (oltre il beneficiario FNA) = max 24 punti, da attribuire in ragione di 8 punti per ogni componente del nucleo in tale condizione, fino ad un massimo di 24;

3. Numero di anziani ultrasettantacinquenni presenti nel nucleo (eccettuato il beneficiario FNA), max 13 punti da attribuire come di seguito:

- a) Un anziano, punti 4;
- b) Due anziani, punti 8;
- c) Tre o più anziani, punti 13;

4. Presenza di minori (eccettuato il beneficiario FNA) nel nucleo familiare, max 13 punti da attribuire come di seguito:

- a) Un minore, punti 4;
- b) Due minori, punti 8;
- c) Tre o più minori, punti 13;

5. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), max 10 punti da attribuire come di seguito:

- a) Da 1 a 2 km., punti 2;
- b) Da 2,1 a 3 km., punti 4;
- c) Da 3,1 a 4 km., punti 6;
- d) Da 4,1 a 5 km., punti 8;
- e) Oltre 5 km, punti 10;

6. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'Assistente Sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), max 10 punti da attribuire come di seguito:

- a) Assenza di barriere, punti 0;
- b) Barriere a modesta incidenza, punti 2;
- c) Barriere a media incidenza, punti 5;
- d) Barriere ad elevata incidenza, punti 10.

NB: In caso di coesistenza di più condizioni nella stessa persona: esempio, disabile in condizione di gravità/anziano, minore/disabile in condizione di gravità, ecc., si applica quella che dà luogo al punteggio più favorevole; in ogni caso il destinatario del servizio non viene considerato ai fini dell'attribuzione del punteggio.

### **B) NUCLEO FAMILIARE COMPOSTO DAL SOLO BENEFICIARIO FNA**

1. Beneficiario FNA unico componente del nucleo familiare = 50 punti;

2. Valore ISEE ordinario, max 30 punti da assegnare secondo le seguenti modalità:

- a) Da 0 a 1.000 euro = 30 punti;
- b) Da 1.000,01 a 2.000 euro = 27 punti;
- c) Da 2.000,01 a 3.000 euro = 24 punti;
- d) Da 3.000,01 a 4.000 euro = 21 punti;
- e) Da 4.000,01 a 5.000 euro = 18 punti;
- f) Da 5.000,01 a 6.000 euro = 15 punti;
- g) Da 6.000,01 a 7.000 euro = 12 punti;
- h) Da 7.000,01 a 8.000 euro = 9 punti;
- i) Da 8.000,01 a 9.000 euro = 6 punti;
- j) l. Da 9.000,01 a 10.000 euro = 3 punti;
- k) m. Da 10.000,01 e oltre zero punti;

3. Distanza dell'abitazione dal perimetro del centro abitato (definito ai sensi del codice della strada), max 10 punti da attribuire come di seguito:

- a. Da 1 a 2 km., punti 2;
- b. Da 2,1 a 3 km., punti 4;
- c. Da 3,1 a 4 km., punti 6;
- d. Da 4,1 a 5 km., punti 8;
- e. Oltre 5 km, punti 10;

4. Presenza di barriere architettoniche nell'abitazione (come descritte e valutate dall'Assistente Sociale, in relazione al grado, più o meno elevato, di incidenza sulla mobilità e sull'accessibilità dell'abitazione), max 10 punti da attribuire come di seguito:

- a. Assenza di barriere, punti 0;
- b. Barriere a modesta incidenza, punti 2;
- c. Barriere a media incidenza, punti 5;
- d. Barriere ad elevata incidenza, punti 10

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Certifico io Segretario Generale che copia della presente determinazione viene affissa all'Albo Pretorio comunale nel sito web istituzionale accessibile al pubblico (art. 32. comma 1 legge 18 giugno 2009, n. 69) il giorno **20 marzo 2024** per la pubblicazione di 15 giorni consecutivi, controfirmato dal messo comunale.

IL MESSO COMUNALE  
F.to Fabio GIGLIOZZI

IL SEGRETARIO GENERALE  
F.to Maria Teresa MIRALDI

---

---

Copia conforme all'originale in carta libera per uso amministrativo  
Dalla Residenza Municipale, addì **20 marzo 2024**

IL SEGRETARIO GENERALE

---

COMUNE DI SAN PIETRO AVELLANA  
Protocollo Archivio N. 1357/2024 del 20-03-2024  
Allegato 1 - Class. 7.12 - Copia Documento